

Interkommunale legevaktordningar er aleine ingen garanti for auka kvalitet

Legevakta under lupa

Statens helsetilsyn har nyleg komme med rapporten «Kommunale legevakter – Helsetilsynets funn og vurderinger» (1). Den er basert på tilsyn dei siste åra, ulike kartleggingar og behandling av tilsynssaker. Helsetilsynet er misnøgd med kvaliteten på ei rekke område og oppsummerer situasjonen med at dei ønskjer større kommunal styring med legevaktenesta og legevaktlegane, for eksempel når det gjeld journalføring, bruk av helseradionettet, rutiner for samhandling med fastlegane og krav om opplæring.

Det er positivt at Helsetilsynet først og fremst legg vekt på systemansvaret og har ei systemkritisk tilnærming til mange av dei kritikkverdige punkta som er avdekkja i rapporten. Det er viktig å nærme seg mange av problema med kvalitet i legevaktenesta på eit overordna nivå og ikkje berre gjere det til eit spørsmål om kompetansen til enkeltlegar. Rapporten held fram interkommunalt samarbeid som viktig og legg vekt på at det trengs ei organisatorisk og administrativ opprusting av mange legevaktordningar. Legeforeningen har lenge arbeidd for betre vaktordningar for fastlegane og meiner at interkommunale legevakter vil gje betre kvalitet og større stabilitet i legevakttjenesta (2). På det organisatoriske planet er utviklinga her kommen ganske langt, meir enn 300 kommunar deltek no i interkommunale ordningar, som omfattar meir enn halve folketalet i landet. Men store vakttdistrikt med sjeldnare vakt for fastlegane er ikkje nokon garanti for auka kvalitet i seg sjølv, dersom ordninga berre betyr lengre avtandar, auka responstider ved akutthjelp og mindre lokalkunnskap. Rammene rundt legen må få sterkare merksemd. Det er grunn til å reise spørsmålet om det no ikkje er tid for å definere ein minstestandard i form av eit fast, godt utstyrt legevaktlokale med kvalifisert hjelpepersonell i alle legevakttdistrikt.

Stasjonære legevakter med fast hjelpepersonell har likevel nokre paradoks ved seg. I mange tilfelle utviklar dei seg til å bli kveldsopne legekontor med stor pågang av pasientar med lite alvorlege allmennmedisinske problemstillingar. Dette undergrev fastlegeordninga og fastlegen sitt ansvar for å ta imot og vurdere akutt sjukdom hos egne pasientar. Det er ei feil utvikling dersom fastlegane skyv akuttpasientane sine over til legevakta. Tvert imot bør fastlegane streve for både å ta seg av desse pasientane og å oppretthalde akuttmedisinsk kompetanse på dagtid. Ofte er vaktlegen fullt ut opptatt med enkle medisinske problem, og omsynet til alle pasientane på venterommet kan faktisk føre til svekka beredskap for å rykke ut. Prioritering av pasientar etter hastegrad er eit døme på eit systemtiltak som kan motverke denne utviklinga og heve kvaliteten på legevakta.

Ambulansetenesta melder mange stader om auke i transportoppdrag til legevaktkontoret og manglande vilje frå legen til å vere med på oppdrag. Grenseoppgangen mellom kva som skal komme til på legevakt er ikkje statisk, men ein må ikkje gløyme at det er den akuttmedisinske beredskapen som ligg i botnen og som skal ha prioritet. Difor må vaktlegen ha høve til og vere klar til å delta ved alle hendingar med stor hastegrad der også spesialisthelsetenesta sine ressursar vert sett inn.

Det er sjølvstøtt uakseptabelt at mange vaktlegar ikkje bruker helse-radionettet. Vi står no framfor utbygging av eit nytt nasjonalt digittalt naudnett. Det er all grunn til å vere uroa over utbyggingsplanane til staten når det gjeld innkjøp av utstyr til helsesektoren. Medan politi, brann og redning ser ut til å satse på utplassering av

radioar til dei fleste heil- og deltidstilsette, har ein lagt seg på eit så lågt ambisjonsnivå for helse at det kanskje berre vert eit apparat på deling mellom vaktlegane. *Alle* legar med regelmessig vakt må få dei nye helse-radioane. Store vakttdistrikt burde dessutan tilseie at samtlige fastlegekontor i mange kommunar burde vere utstyrt med og vere tilgjengelege på helse-radioen, med tanke på ulukke og akutt sjukdom i nærområdet, kanskje mange mil frå vaktlegen stasjonert ved ein interkommunal vaktbase.

Mange av tiltaka Helsetilsynet drøftar peikar i sum på ei sterkare normering av vaktlegen sitt medisinske arbeid i form av rutinar for journalskriving, metodebøker, handtering av prøver og skriving av epikriser. Helsetilsynet meiner det er mogeleg at kommunane sin styringsrett går lenger på legevakt enn for allmennlegetenesta generelt, men ser samtidig problemet med manglande rett til instruksjon av sjølvstendig næringsdrivande vaktlegar i faglege spørsmål. Dette er eit felt som heilt sikkert vil få merksemd framover, ikkje minst når kommunane skal følgje opp tilsynsrapportar på systemnivå overfor vaktlegekorpsset. Men legevaktarbeid handlar òg om personleg kompetanse og ansvarskjensle. Det er trekk ved legevakt som gjer at ein er meir utsett for medisinske feilvurderingar, mellom anna stort tempo, ukjente pasientar og mindre optimale observasjonstilhøve. Dette er tilhøve som legen må vere seg bevisst. I tillegg handlar det om erfaring og vilje til aktiv læring. Meir enn 200 klagesaker årleg viser at det finst mange kvalitetsmessige utfordringar.

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, som gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljø skal bidra til å bygge opp og formidle fagleg kunnskap innan kommunal legevaktmedisin (3). Dette skal gjerast gjennom å bidra til nasjonal og internasjonal fagleg utvikling innan fagfeltet, etablere nødvendige nasjonale faglege standarder, drive forskning, etablere og kvalitetssikre register og ved å delta i undervisning. Ved senteret har vi starta ei rekke prosjekt knytta opp mot kvalitetsutvikling og auka fagleg kompetanse i legevaktenesta i vid forstand. Bakgrunnen for mange av prosjekta bygger på den same oppfatninga av tilstanden i Legevakt-Noreg som kjem fram i Helsetilsynet sin rapport. Både tilsynssaker og tilsynsrapportar kan gje nyttige innspel til kommunar, legar og andre aktørar om kvar skoen trykker. Det er mange gode krefter som arbeider for forbetring og utvikling av legevakta. Måtte dei overordna rammene bli lagt slik at dei spelar på lag med dei faglege prosessane.

Steinar Hunskaar

steinar.hunskar@isf.uib.no

Steinar Hunskaar (f. 1956) er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forskingsleiar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Han er spesialist i allmennmedisin og fastlege og vaktlege i Lindås.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Statens helsetilsyn. Kommunale legevakter – Helsetilsynets funn og vurderinger. www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_8297.aspx (12.10.2006).
2. Vil ha økt vekt på interkommunal legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1807.
3. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. www.legevaktmedisin.no (12.10.2006).